



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2012

**Rita Sousa
Morgadinho**

**A Doença Oncológica nos Jovens Adultos
Portugueses.**



**Rita Sousa
Morgadinho**

A Doença Oncológica nos Jovens Adultos Portugueses.

Um estudo com alunos do ensino superior.

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente

Prof. Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira

professora auxiliar com agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Doutor Tiago Filipe Caldeira Paredes

Investigador da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro

professora auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Sara Monteiro o meu agradecimento pela ajuda na realização desta investigação, pela partilha de conhecimentos e ensinamentos ao longo deste ano.

À Universidade de Aveiro, nomeadamente ao Departamento de Educação pelo apoio proporcionado para a realização desta investigação

Às Instituições de Ensino Superior que colaboraram na divulgação deste estudo entre os seus alunos e a todos os estudantes que participaram nesta investigação o meu muito obrigada, sem a vossa ajuda não teria sido possível.

Aos colegas do mestrado obrigada pelo apoio, pelas ideias e conhecimentos trocados, e pela partilha de aprendizagens feitas ao longo destes anos de formação.

À minha família, em especial ao meu pai Fernando, à minha mãe Emília e à minha irmã Ana, o meu maior agradecimento vai para vocês, pelas pessoas que são e pelo que representam na minha vida, pelo apoio e encorajamento. Pelos silêncios ouvintes das minhas frustrações e desilusões que no fim recebem sempre da vossa parte carinho, compreensão e uma estimulante palavra de força. A vocês agradeço o exemplo que me dão dia após dia, o modelo que são na minha vida e que me ajuda todos os dias a querer e a lutar para ser uma pessoa melhor.

Aos amigos, obrigada por tudo! Por todos os bons momentos, pelos sorrisos, pelas alegrias e recordações de muitas vitórias partilhadas, muitos caminhos trilhados e muitos sonhos por alcançar. Também pelos momentos menos bons, que nos ajudam a crescer e que nos permitem fortalecer os nossos laços...sem vocês nunca seria a mesma coisa.

Agradeço em especial à Manda, amiga e confidente, por tantos momentos compartilhados. Por estes anos de amizade, de caminhos percorridos, de frustrações vividas, de objetivos alcançados. Obrigada pelas palavras, pelas gargalhadas sem fim, pela ajuda, pelo carinho, e pelo significado que dás à palavra amizade na minha vida. Obrigada pelo importante apoio e ajuda nestes anos de formação em psicologia que partilhamos!

palavras-chave

Cancro, Jovens Adultos, Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida.

resumo

Os adolescentes e jovens adultos (AJA) que são diagnosticados e tratados com cancro têm preocupações e necessidades psicossociais únicas, que os distinguem dos pacientes oncológicos pediátricos e dos adultos mais velhos. Embora se constate uma prevalência da doença relativamente baixa entre os AJA, quando a mesma ocorre o impacto pessoal, social e socioeconómico é desproporcionalmente maior neste grupo em comparação com pacientes mais novos e mais velhos. Verifica-se que os AJA são relativamente pouco estudados e frequentemente pouco representativos nas investigações e na prática oncológica.

O presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência desta doença nos jovens adultos portugueses estudantes do ensino superior, e o ajustamento psicossocial dos AJA pacientes e sobreviventes de cancro, em comparação com os AJA controlo saudáveis.

A amostra é constituída por 1241 alunos do ensino superior português com idades compreendidas entre os 18 e os 39 anos ($M=23.81$; $DP=4.87$). Esta amostra respondeu a um protocolo composto por um questionário sociodemográfico elaborado de acordo com os objetivos deste estudo, o EORTC QLQ-C30 (versão 3), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – EADH, o Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9, a Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico, e a Subescala de Espiritualidade do WHOQOL-100.

De acordo com os resultados obtidos, notamos que a prevalência de cancro é relativamente baixa (3,1%). Atendendo às diferenças entre o grupo de jovens saudáveis e o grupo de jovens com doença oncológica e sobreviventes, apenas observámos diferenças estatisticamente significativas no funcionamento social (componente da QdV). Podemos concluir que o nosso grupo de alunos com doença oncológica e sobreviventes, apresenta um ajustamento psicossocial satisfatório, comparativamente ao grupo de alunos saudáveis. É necessário efetuarem-se mais estudos para revelar quais os fatores preditivos de ajustamento psicossocial à doença e as ações necessárias para a proteção de jovens adultos que estão em risco.

keywords

Cancer, Young Adults, Anxiety, Depression, Quality of Life.

abstract

Adolescents and young adults (AYA) who are diagnosed and treated for cancer have distinctive psychosocial concerns and needs that set them apart from pediatric and older adult populations. While cancer is relatively uncommon among AYAs, its personal, societal, and socioeconomic impact is disproportionately greater. Nevertheless AYA are an understudied and often misrepresented population in oncology research and practice.

The present study aimed to analyze the prevalence of this disease in Portuguese young adult higher education students and the psychosocial adjustment of AYA cancer patients and survivors comparatively to AYA healthy controls.

The sample comprised 1241 Portuguese higher education students aged between 18 and 39 years ($M = 23.81$; $SD = 4.87$). The EORTC QLQ-C30 (version 3), the Hospital Anxiety and Depression Scale (EADH), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Personal Growth Subscale (PG) of the scale of Psychological Well-Being, and the Spirituality of the Subscale WHOQOL-100 were used along with a socio demographic questionnaire.

According to the results obtained, we note that prevalence of cancer is relatively low (3.1%). Regarding the differences between AYA cancer patients and survivors and healthy controls, statistically significant differences were found in social functioning (component of quality of life).

We can conclude that AYA cancer patients and survivors comparatively to AYA healthy controls present a satisfactory psychosocial adjustment.

Further research is needed to reveal the predictive factors of psychosocial adjustment and the necessary actions for the protection of young adults who are at risk.

Índice

Introdução	1
Metodologia	
Caraterização da Amostra	6
Instrumentos	9
Procedimentos	12
Resultados	13
Discussão	17
Referências	23
Anexo	29

Introdução

A doença oncológica é uma causa preponderante de morbilidade e de morte (Barros & Lunet, 2006) que se associa a elevados custos sociais e económicos, acabando por desencadear um conjunto de reações emocionais a nível do doente e da sociedade (Dias, 2002). Sendo o cancro uma designação que identifica um vasto conjunto de doenças severas e crónicas, caracterizadas pelo crescimento anómalo e descontrolado das células, com causas, evoluções e tratamentos diversos (Almeida, 2007), constata-se que o seu diagnóstico é gerador de grande ansiedade e sofrimento psicológico, devido à incerteza quanto ao futuro, aos possíveis efeitos secundários dos tratamentos, ao isolamento, ao estigma e aos sentimentos de culpabilidade (Domingues & Albuquerque, 2008).

Devido às consequências reconhecidas desta patologia, tanto em termos pessoais, como familiares e sociais, tem-se assistido a um aumento da investigação na área da psico-oncologia de forma a compreender e dar uma resposta o mais eficaz possível às necessidades dos pacientes (Trill, 2002).

As pesquisas nesta área têm vindo a estudar e a particularizar o impacto do diagnóstico, tratamento e sobrevivência da doença oncológica, tendo como principal população-alvo os pacientes adultos e crianças. Quanto aos adolescentes e jovens adultos (AJA) verifica-se que existe um largo número de bibliografia com esta população enquanto sobreviventes de cancro vivenciado na infância, contudo estes estudos não evidenciam os aspetos únicos pelos quais os AJA passam quando recebem um diagnóstico e tratamento de cancro nesta fase das suas vidas (Zebrack, 2009).

Porém, o começo do novo milénio parece corresponder a um momento chave para a oncologia dos AJA, em que a comunidade científica se torna sensível para o desenvolvimento de mais estudos com este grupo, reconhecendo a lacuna de conhecimentos das necessidades específicas destes pacientes (Ferrari et al., 2010). No que diz respeito à delimitação das idades dos pacientes pertencentes ao referido grupo, os autores definem claramente uma idade mínima, uma vez que a idade correspondente ao fim da infância encontra-se convencionada nos 14 anos. No entanto relativamente ao limite máximo de idade para os AJA, os autores sugerem que esse é um número flexível dependendo do problema em particular, limitado pelas circunstâncias de vida do paciente. Assim, os investigadores consideram que os AJA compreendem um grupo de pacientes oncológicos cujas idades variam entre os 15 anos até aos 39 anos, sendo que a

implementação deste intervalo foi determinado tendo por base a combinação entre aspetos psicossociais e biológicos (Albritton, Barr, Lewis & Sender, 2011).

Com o crescente interesse na oncologia dos AJA, os autores indicam um conjunto de justificações para os poucos estudos realizados e desenvolvidos com esta população. Uma das razões avançadas é o fato de este ser um grupo muito heterogéneo, constituído por pacientes que compõem um complexo e diverso grupo, com variações ao nível do desenvolvimento, da maturação e consequentes necessidades únicas, tanto psicossociais como clínicas (Bleyer, 2007). Outro dos motivos apontados reside na prevalência relativamente baixa desta patologia neste grupo em comparação com outras faixas etárias, nomeadamente pacientes adultos e crianças (Barr, 2011). Por último, verifica-se que ao longo do tempo este grupo apresentava um prognóstico mais favorável em comparação com outros pacientes mais novos e mais velhos (Bleyer, 2007).

No entanto os autores reforçam a necessidade e a importância de mais investigação sobre a doença oncológica nos AJA, já que os mesmos não têm tido grandes melhorias ao nível da sobrevivência em contraste com outras faixas etárias que têm vindo a ter melhorias significativas (National Cancer Institute, 2010, cit. por Hooke, Macpherson & Freyer, 2011). As investigações também referem que os AJA são atualmente reconhecidos como um grupo oncológico cujas necessidades não são completamente satisfeitas nos cuidados de saúde pediátricos e de adultos (Bleyer, 2007). Outra das razões salientadas indica que o cancro marca uma passagem imediata da condição de saúde para outra totalmente diferente, caracterizada pela incerteza quanto ao futuro, mudanças físicas, alterações no quotidiano e a possibilidade de morte (Annunziata, Muzzatti & Bidoli, 2010). No que diz respeito aos AJA, este é um grupo onde se verifica um grande impacto desta doença, pois estes têm de enfrentar não só os desafios de desenvolvimento associados à maturidade, bem como as demandas associadas ao cancro (Shama & Lucchetta, 2007).

Atendendo assim às necessidades únicas associadas aos AJA é preciso conhecer as tarefas desenvolvimentais que eles experienciam nesta fase da vida. A definição de AJA evoluiu com o tempo, sendo que pode ser visto desde o ponto de vista físico, psicológico e social (Thomas, Seymour, O'Brien, Sawyer & Ashley, 2006). Nesta altura da vida ocorrem uma série de processos de maturação cognitivos, sociais, biológicos e emocionais (Abrams, Hazen & Penson, 2007). De uma forma geral as tarefas de desenvolvimento dos AJA passam por uma evolução nas capacidades para a vida, pela consolidação de uma

identidade autónoma, uma diferenciação e desenvolvimento psicossocial, independência e autonomia dos mesmos em relação aos pais, e o planeamento para uma carreira no futuro (Ettinger & Heiney, 1992). É também durante esta fase que integram os seus objetivos, valores e crenças na sociedade, estabelecendo relacionamentos importantes fora do sistema familiar (Hooke et al., 2011). Esta é uma fase que corresponde a um aumento da vulnerabilidade ao *stress* emocional derivado a estas tamanhas transformações em tão curto espaço de tempo (Seitz, Besier & Goldbeck, 2009).

Verifica-se que embora esta patologia não seja muito comum entre os AJA, quando a mesma ocorre, gera um número de desafios únicos e grandes alterações na vida destes pacientes e das suas famílias (Larsson, Mattsson & Essen, 2010). Tanto o impacto do cancro, como as necessidades específicas do paciente dependem do estágio de desenvolvimento em que este se encontra (Seitz et al., 2009), sendo que o diagnóstico e consequente tratamento do cancro serve como um desafio extra na vida destes indivíduos, comprometendo o desenvolvimento e maturação associados a esta fase (Nathan, Hayes-Lattin, Sisler & Hudson, 2011). Os estudos têm assinalado que a doença oncológica inicia um conjunto de experiências psicológicas (cognitivas, comportamentais, emocionais), sociais e espirituais, que afetam a maneira de lidar com a doença, os seus sintomas físicos e o tratamento. Estas influências podem variar num *continuum* de sentimentos esperados/adaptativos até um desajustamento significativo que conduz a pessoa a um *distress* acentuado (Winn & McClure, 2009, cit. por Annunziata et al., 2010). A pesquisa do impacto psicossocial do cancro nos AJA tem-se focado principalmente nos domínios físico, psicológico/emocional e social (Evan & Zeltzer, 2006).

Os artigos de revisão de Bleyer (2007) e Abrams e colaboradores (2007), reportam a importância do domínio físico na vida dos AJA e que acaba por ser afetado perante um diagnóstico de cancro. Os autores referem que a autoimagem é um determinante crítico nesta fase da vida e que pode ser comprometido por alguns efeitos adversos das terapias e tratamentos. Efeitos como alopecia, alterações de peso, mucosites e dermatites, sangramentos, infeções ou maior suscetibilidade às mesmas, contágios, cirurgias mutiladoras e as cicatrizes provenientes das mesmas, são as mudanças físicas mais perturbadoras que podem ser devastadoras para a autoestima dos AJA. Com a vivência desta patologia, os AJA tendem a focar-se nas alterações físicas que podem ocorrer, sendo que a consciência de ser diferente em comparação com os seus pares saudáveis pode em

alguns casos levar a sentimentos de inferioridade e alterações na auto percepção (Shama & Lucchetta, 2007). Quanto à formação e desenvolvimento sexual, que é um aspeto crucial na maturação de um indivíduo, o diagnóstico de cancro e consequentes terapias podem colocar as mulheres em risco de falência ovárica aguda ou menopausa precoce, e os homens em risco de azoospermia temporária ou permanente, ficando comprometida a capacidade reprodutiva dos pacientes (D'Agostino, Penney & Zebrack, 2011; Hooke et al., 2011).

Os dados das investigações sobre os aspetos psicológicos/emocionais experienciados pelos pacientes AJA, indicam que o diagnóstico durante esta fase da vida, mostrou ser um fator potencial de risco para distress emocional e alguns sintomas de ansiedade e depressão, porém os estudos referem que esta condição de doença raramente conduz a perturbações psicopatológicas graves (Ettinger & Heiney, 1992; Evan & Zelter, 2006). Após a fase inicial de choque a maioria dos pacientes desenvolve estratégias ativas de coping e consequentemente o distress diminui, no entanto um número considerável de pacientes continua a viver com elevados níveis de distress por vários meses a seguir ao diagnóstico (Annunziata et al., 2010). Para avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em doentes oncológicos Hinz e colaboradores (2010) realizaram um estudo onde verificaram que os AJA com doença oncológica experienciam muito mais sintomas de ansiedade e depressão quando comparados com o grupo controlo de AJA, não se verificando essas diferenças entre o grupo de doentes oncológicos mais velhos e o seu respetivo grupo de controlo. Analisando as alterações psicológicas/emocionais ao longo do percurso da doença, Larsson et al. (2010) desenvolveram um estudo longitudinal com um grupo de 61 pacientes AJA e 300 participantes que compuseram o respetivo grupo controlo. Através dos resultados obtidos identificaram a fase de diagnóstico como um período altamente stressante, contudo 18 meses depois do diagnóstico o grupo de doentes oncológicos reportou menos sintomas de ansiedade e depressão do que o grupo controlo. Adicionalmente 4 anos após o diagnóstico, registaram-se melhores níveis de vitalidade no grupo de doentes oncológicos em comparação com o grupo controlo. No que diz respeito à relação entre o bem-estar psicológico/emocional e capacidades psicológicas, verifica-se que maiores níveis de otimismo, percepção de controlo sobre a doença, uma boa autoestima, ter objetivos na vida e sentir-se amado e compreendido, são fatores fundamentais para uma boa adaptação psicológica à doença (Pinquart & Fröhlich, 2009).

Vários estudos têm referido que pacientes AJA demonstram maiores níveis de distress emocional quando comparados com pacientes adultos mais velhos (Zebrack, 2011). No estudo de Lehto, Ojanen, Väkevä, Aromaa e Kellolumpu-Lehitinen (2008) os pacientes mais velhos experimentam menos distress em comparação com os pacientes jovens adultos, sendo que essa situação pode dever-se à fase da vida em que se encontram, de uma forma geral os jovens têm uma vida menos estável e mais exigente, tanto em termos familiares (e.g. filhos pequenos), como profissionais (e.g. início de carreira, procura de emprego, curso superior), e económicos (e.g. aquisição de autonomia e independência financeira).

Quanto ao domínio espiritual e crescimento pessoal, a vivência de cancro pode levar à confrontação com a morte e a questões existenciais acerca de si próprio, do futuro, e do mundo (Zebrack, 2011). Os estudos sugerem que alguns pacientes oncológicos vivenciam a doença como uma experiência intensamente negativa que não produz mais do que sofrimento e amargura, incapacidade e deterioração (Trill, 2002a). Todavia existe um crescente número de bibliografia que sugere que as pessoas expostas a um evento traumático, como é o caso do cancro nos AJA, pode acelerar o processo de maturação, aumentar o desenvolvimento emocional, uma maior apreciação do valor da vida, melhoria no relacionamento com os outros e consigo próprio, e aquisição de novos valores e prioridades (Tedeschi & Calhoun, 2004, cit. por Larsson et al., 2010).

Em termos das alterações a nível social, o relacionamento com os pares, os objetivos académicos e profissionais, e a aquisição de uma independência financeira são os aspetos mais referidos pela literatura como estando em causa na vivência da doença oncológica pelos AJA. Com o diagnóstico e tratamento os pacientes podem sentir dificuldades em manter os seus relacionamentos sociais devido ao afastamento a que são obrigados. Este isolamento social pode dificultar o desenvolvimento das suas competências sociais e de relacionamento com os outros, sendo que muitos AJA acabam por se perceber como menos capazes em termos de habilidades sociais comparativamente com os seus pares saudáveis (Evan & Zeltzer, 2006). Especificando o caso dos estudantes do ensino superior, os estudos indicam que a universidade propicia uma moratória institucionalizada que permite ao jovem amplas experimentações (interpessoais, sociais e intelectuais) e também oportunidades de reflexão para essa resolução (Dias & Fontaine, 1996). A universidade parece assumir-se como um contexto físico e social que acresce

maiores desafios na vida dos AJA que seguem este caminho (Diniz & Almeida, 2006). Constatase que com a vivência do cancro podem ocorrer atrasos em alcançar melhores níveis de educação, de emprego ou objetivos de carreira, acabando assim por contribuir para o aumento do isolamento social e diminuição da autoestima. Mesmo alguns jovens que já eram financeiramente independentes podem ser forçados a voltar a depender dos pais devido à doença (D'Agostino et al., 2011). Assim, o facto de os AJA terem menos tempo para a escola ou para o trabalho e não conseguirem alcançar o objetivo de autonomia e independência financeira, contribui para o aumento do mal-estar e sofrimento experienciado (Bleyer, 2007).

Os autores que têm investigado nesta área indicam que ainda pouco se sabe sobre o verdadeiro impacto psicossocial de se ser diagnosticado com cancro enquanto AJA, um período de profunda maturação e desenvolvimento. As intervenções providenciadas específicas de outros grupos etários, pediátricos e adultos não contemplam as características únicas dos AJA (Bellizzi et al., 2012). Desenvolver mais estudos percebendo os problemas psicossociais através de uma perspetiva desenvolvimental pode ser fundamental para o desenvolvimento e ajustamento das intervenções específicos para os AJA, que promovam uma boa adaptação e adequadas estratégias de *coping* (Bellizzi et al., 2012).

Os objetivos gerais do nosso estudo passam por, analisar a prevalência desta patologia nos jovens adultos portugueses estudantes no ensino superior. Perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de alunos saudáveis e o grupo de alunos com doença oncológica ao nível das seguintes variáveis: qualidade de vida (QdV), ansiedade, depressão, crescimento pessoal e espiritualidade. Como objetivo específico, pretendemos verificar no grupo de alunos com doença oncológica, se as variáveis crescimento pessoal e espiritualidade são preditoras da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Metodologia

Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 1241 alunos do ensino superior de universidades e instituto politécnicos portugueses, públicos e privados. Relativamente às idades, a amostra

varia entre os 18 e os 39 anos ($M=23.81$; $DP=4.87$), sendo maioritariamente do sexo feminino (75.3%), solteiros (86.7%) e a frequentar atualmente o 1º ciclo da sua formação superior (58.6%). A maioria da amostra, professa uma religião (70.9%), reside com os pais (49,8%), encontra-se satisfeito, com a sua imagem corporal (75,7%) e com os seus relacionamentos sociais ($M=3.95$; $DP=.76$). No que diz respeito às questões relacionadas com a doença oncológica, 39 alunos indicaram que já tiveram ou têm cancro e a maioria dos estudantes da amostra referiu que já teve ou tem um familiar próximo com a referida doença (52%).

Tabela 1
Características sociodemográficas da amostra.

Variáveis	Amostra n=1241
Idade	$M=23.81$ ($DP=4.87$)
Sexo	
Feminino n(%)	934(75.3)
Masculino n(%)	307(24.7)
Estado Civil	
Solteiro(a) n(%)	1076(86.7)
Casado(a) n(%)	117(9.4)
Divorciado(a) n(%)	12(1.0)
União de Facto n(%)	36(2.9)
Ciclo de Estudos	
1º Ciclo n(%)	725(58.6)
2º Ciclo n(%)	440(35.6)
3º Ciclo n(%)	53(4.3)
Pós-Graduação n(%)	19(1.5)
Religião	
Sim n(%)	880(70.9)
Não n(%)	359(28.9)
Imagem Corporal	
Sim n(%)	937(75.7)
Não n(%)	300(24.3)
Residência	
Pais n(%)	615(49.8)
Colegas n(%)	296(24.0)
Companheiro(a) n(%)	197(16.0)
Outras n(%)	127(10.3)
Satisfação com os Relacionamentos (1-5)	$M=3.95$ ($DP=.76$)

Cancro	
Sim n(%)	39(3.1)
Não n(%)	1202(96.9)
Familiar próximo com cancro	
Sim n(%)	645(52.0)
Não n(%)	596(48.0)

Na nossa amostra, tendo em conta o grupo de alunos que reportou já ter tido ou que ainda tem doença oncológica (n=39), as localizações do cancro mais referidas foram, linfoma, pele, leucemia e mama. No que diz respeito à fase da doença em que se encontram, nenhum dos alunos referiu a fase de diagnóstico, sendo que a maioria está na fase considerada de sobrevivência. Quanto aos tratamentos já efetuados, a maioria dos alunos fez tratamentos combinados, indicando cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Sobre os tratamentos futuros, os participantes da nossa amostra referiram radioterapia, quimioterapia, farmacoterapia e terapia hormonal. Nenhum dos participantes com doença oncológica recebeu apoio psicológico.

Tabela 2

Características da amostra em relação às questões específicas da doença oncológica.

Variáveis	Amostra n=39
Localização do cancro	n
Cabeça	1
Garganta	1
Leucemia	5
Linfoma	6
Mama	4
Ovário	3
Útero	3
Pele	6
Rim	1
Tiroide	3
Perna	1
Ossos	3
Testículo	2
Fase atual da doença	n
Tratamento	11
Sobrevivência	28
Tratamentos efetuados	n
Quimioterapia	21

Radioterapia	7
Cirurgia	23
Tratamentos futuros	n
Quimioterapia	1
Radioterapia	2
Terapia hormonal	1
Farmacoterapia	2
Apoio psicológico	n
Não	39

Instrumentos

O protocolo de avaliação desta investigação é composto por:

- **Questionário Sociodemográfico** elaborado de acordo com os objetivos deste estudo, de forma a caracterizar a amostra quanto à idade, sexo, estado civil, instituição de ensino que frequenta, curso, ciclo de estudos, crenças religiosas, satisfação com a imagem corporal, com quem reside, satisfação com os relacionamentos sociais e questões específicas com o facto de ter ou não doença oncológica.

- **EORTC QLQ-C30 (versão 3)** é um instrumento desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer para avaliar a QdV. O instrumento é composto por cinco escalas funcionais nomeadamente, física, desempenho, cognitiva, emocional e social; e três escalas de sintomas, sendo elas, fadiga, dor e náusea, e vômito. Por último contempla itens da percepção do estado global de saúde. Os itens 1-28, inclusive, são respondidos numa escala de quatro pontos, em que 1-“não”, 2-“um pouco”, 3-“bastante” e 4-“muito”. Nas duas últimas questões a escala de resposta varia num *continuum* em que o 1 “péssimo” e 7 “ótima”. A classificação total está compreendida entre 0 a 100, sendo que nos itens da função e percepção geral da saúde, valores mais altos significam melhores níveis de funcionalidade, enquanto que pontuações elevadas nas escalas dos sintomas indicam piores resultados no que diz respeito à sintomatologia e dificuldades apresentadas. O EORTC QLQ-C30 foi validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008), sendo que os resultados revelados da versão

portuguesa são comparáveis aos da versão original e de outras traduções de países com diferentes línguas e culturas. Relativamente aos valores do alfa de Cronbach estes variam entre .57 e .80 nos diferentes domínios. A tradução portuguesa apresenta boas características psicométricas sendo um instrumento apropriado para aplicar a pessoas com cancro (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008).

- **Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – EADH** é uma escala desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1993 e tem por finalidade a identificação de forma válida, fiel e prática da presença de sintomas de ansiedade e depressão. É composta por duas subescalas, uma avalia a ansiedade (EADH_A) e é constituída por sete itens, e a outra avalia a depressão (EADH_D) também composta por sete itens, sendo que cada subescala pontua separadamente. Cada item é respondido numa escala de resposta de quatro pontos (0-3), sendo que a pontuação total varia entre 0-21 para cada uma das subescalas. O manual da EADH indica que um *score* entre 0-7 corresponde a um grau “normal”, entre a 8-10 “leve”, entre 11-14 “moderado” e entre 15-21 “severo”. Na versão portuguesa não se registaram alterações relativamente à forma original, tendo apresentado propriedades psicométricas semelhantes à escala original. A versão portuguesa apresenta adequados valores de consistência interna, nomeadamente um alfa de Cronbach .76 para a subescala de ansiedade e .81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

- **Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9** é um instrumento de auto-administração sendo uma adaptação do PRIME-MD (um instrumento de diagnóstico para perturbações mentais). O PHQ-9 foi desenvolvido por Kroenke, Spitzer e Williams (2001), tendo por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV com o objetivo de avaliar sinais e sintomas de depressão e severidade da mesma. O instrumento é composto por 9 itens que medem a frequência dos sinais e sintomas da depressão reportando as últimas duas semanas. Estes itens devem ser respondidos numa escala que pontua em 4 pontos: 0-“nunca”, 1-“vários dias”, 2-“a maioria dos dias”, 3-“quase todos os dias”. Um item adicional está presente no fim do questionário pretendendo avaliar a dificuldade que os problemas referidos nos 9 itens anteriores colocam no dia-a-dia da pessoa, sendo respondidos com “nenhuma dificuldade”, “pouca dificuldade”, “muita dificuldade”, ou “extrema dificuldade”. A pontuação total varia entre 0-27, considerando-se que existe um indicador de presença de

sinais e sintomas de depressão para valores maiores ou iguais que dez no total da escala. No que diz respeito à severidade dos mesmos, o *score* final corresponde, de 0-5 (ausência de indicadores), 6-9 (leve), 10-14 (moderada), 15-19 (moderada severa) e superior a 20 (severa) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). A validação do PHQ-9 para Portugal está a ser desenvolvida por Torres, Pereira, Monteiro e Albuquerque (2011). Relativamente à consistência interna do PHQ-9 no nosso estudo, o instrumento apresenta um alfa de Cronbach de .87.

- Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico. As escalas de bem-estar psicológico foram desenvolvidas por Ryff e colaboradores apresentando-se em três formas diferentes, apenas distinguindo-se no número de itens. Na escala de bem-estar psicológico encontram-se seis subescalas (aceitação de si, crescimento pessoal, objetivos na vida, relações positivas com os outros, domínio do meio e autonomia) tendo sido construídas e validadas como medidas independentes e autónomas. Na adaptação à língua portuguesa encontramos a forma composta por um número total de 84 itens (14 por escala), proposta por Ryff e Essex em 1992. Esta forma apresenta no seu formato original, qualidades psicométricas satisfatórias, ao nível da consistência interna apresentando valores de alfa de Cronbach entre .86 e .93 para as seis escalas. Os passos relativos à construção da versão portuguesa das escalas de bem-estar psicológico foram desenvolvidos por Novo, Silva e Peralta (1996/1997). Os resultados dos coeficientes de alfa de Cronbach variam entre .74 e .86 para as seis escalas e .93 para o conjunto das escalas. Nesta investigação vamos apenas usar a subescala de crescimento pessoal que pretende identificar a perceção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal. Esta subescala afigura-se como uma das mais importantes na determinação do bem-estar psicológico, apresentando um valor de alfa de Cronbach de .74. Os 14 itens desta subescala são constituídos por afirmações de carácter descritivo e a modalidade de resposta é do tipo Likert com 6 categorias de resposta ordenadas por: 1-“discordo completamente”, 2-“discordo em grande parte”, 3-“discordo parcialmente”, 4-“concordo parcialmente”, 5-“concordo em grande parte” e 6-“concordo completamente”. Os itens construídos de forma positiva identificam características convergentes para a dimensão avaliada (com uma pontuação ordenada de 1 a 6), enquanto os negativos afirmam a ausência ou menor

intensidade das características (com uma pontuação em escala inversa – reordenada de 6 a 1). Um resultado final elevado corresponderá a um elevado nível de bem-estar no domínio específico avaliado (Novo, 2000).

- Subescala de Espiritualidade do WHOQOL-100. O world health organization quality of life (WHOQOL-100) é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de criar um instrumento de avaliação da QdV com características transculturais. É um instrumento de autoavaliação desenvolvido especificamente pelo WHOQOL group (1994/1995), constituído por seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais). Cada um destes seis domínios é composto por facetas que são por sua vez avaliadas por 4 itens correspondentes a 4 perguntas. No seu conjunto, o instrumento original é constituído por 6 domínios, 24 facetas específicas e uma faceta geral, que inclui perguntas de avaliação global da QdV (Vaz Serra et al., 2006). Na versão em português de Portugal (Canavarro et al., 2006) encontra-se ainda uma faceta adicional designada por *FP25 Poder Político* (Paredes et al., 2008). As perguntas estão organizadas por escala de resposta (capacidade, frequência, intensidade ou avaliação) e estão formuladas, quer de forma positiva quer negativa. O instrumento apresenta bons índices de consistência interna quando se considera o conjunto das facetas, dos domínios e das perguntas que compõem o instrumento. Quando analisadas individualmente, os domínios também apresentam alfas de Cronbach que variam entre .84 e .94. O WHOQOL-100 apresenta bons valores de validade discriminante, validade de constructo e estabilidade temporal. O resultado total pode variar entre 1 e 520 sendo que a QdV será tanto mais elevado quanto maior for o resultado da pontuação final. Nesta investigação apenas vai ser utilizada o domínio referente à espiritualidade (crenças religiosas/princípios/valores pessoais). As quatro questões estão formuladas de forma positiva e pretende-se saber de que forma este domínio afeta a QdV, referindo-se às duas últimas semanas, pontuando numa escala de Likert de 1-“nada”, 2-“pouco”, 3-“nem muito nem pouco”, 4-“muito” e 5-“muitíssimo” (Canavarro et al., 2009).

Procedimentos

Depois de se terem selecionado os instrumentos de avaliação para os objetivos do estudo, recolhido as autorizações junto dos autores das escalas procedeu-se à construção do

devido protocolo. A recolha de dados foi feita através de uma plataforma *online* com o protocolo, construída na Universidade de Aveiro. O *link* da plataforma foi divulgado para as Universidades e Institutos Politécnicos, Públicos e Privados, que seguidamente enviaram para os seus alunos do 1º/2º/3º ciclos e pós-graduações. Na plataforma estavam descritos os procedimentos necessários para o preenchimento do protocolo sendo garantido que os dados obtidos através dos questionários apresentados seriam absolutamente confidenciais, tendo como único fim a realização do presente estudo.

Resultados

Com o objetivo de caracterizar a nossa amostra comparámos os nossos resultados em relação aos totais obtidos pelas escalas em estudo, com os valores referência nas amostras das populações usadas na validação dos instrumentos para a população portuguesa. A partir da análise da tabela 3 podemos verificar que as diferenças obtidas são estatisticamente significativas, sendo que a nossa amostra apresentou valores mais elevados para a dimensão EADH_D, crescimento pessoal e QdV (saúde geral) quando comparados com os valores referência da população geral.

Tabela 3

Comparações entre as médias dos totais da amostra e da população geral.

	M (amostra)	M (população geral)	t	p
EADH_A	6.43	7.81	-14.15***	.000
EADH_D	3.55	3.22	3.73***	.000
Espiritualidade	65.39	67.42	-3.51***	.000
Cresc. Pessoal	70.73	61.93	34.99***	.000
Saúde Geral	72.16	62.00	19.36***	.000

p<.001***

Na tabela 4 apresentamos os resultados referentes à relação entre o estado geral de saúde, a ansiedade, a depressão, o crescimento pessoal, a espiritualidade, o funcionamento físico, o funcionamento de papéis, o funcionamento emocional, o funcionamento cognitivo e o funcionamento social, no grupo de doentes oncológicos.

Salientamos de entre os resultados obtidos, a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre, espiritualidade e crescimento pessoal ($r=.58$, $p<.001$), funcionamento físico e estado de saúde geral ($r=.57$, $p<.001$), funcionamento emocional e estado de saúde geral ($r=.64$, $p<.001$), funcionamento cognitivo e funcionamento de papéis ($r=.57$, $p<.001$), funcionamento cognitivo e funcionamento emocional ($r=.77$, $p<.001$), funcionamento social e espiritualidade ($r=.52$, $p<.001$), funcionamento social e funcionamento emocional ($r=.53$, $p<.001$) e, funcionamento social e funcionamento cognitivo ($r=.55$, $p<.001$).

Encontramos fortes correlações negativas e estatisticamente significativas entre, crescimento pessoal e EADH_D ($r=.62$, $p<.001$), espiritualidade e EADH_D ($r=.51$, $p<.001$), funcionamento emocional e EADH_A ($r=.68$, $p<.001$), funcionamento emocional e EADH_D ($r=.51$, $p<.001$), funcionamento emocional e PHQ-9 ($r=.79$, $p<.001$), funcionamento cognitivo e PHQ-9 ($r=.62$, $p<.001$), e funcionamento social e EADH_D ($r=.58$, $p<.001$).

Tabela 4

Coefficientes de correlação de pearson entre os totais das escalas em estudo e o grupo de alunos com doença oncológica.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Saúde Geral										
2. EADH_A	-.442**									
3. EADH_D	-.486**	.642**								
4. PHQ-9	-.445**	.608**	.587**							
5. Cresc. Pessoal	.201**	-.268**	-.354**	-.335**						
6. Espiritualidade	.155**	-.193**	-.284**	-.205**	.227**					
7. F. físico	.302**	-.284**	-.265**	-.312**	.156**	.082**				
8. F. papéis	.319**	-.224**	-.221**	-.279**	.102**	.057	.386**			
9. F. emocional	.446**	-.539**	-.437**	-.547**	.172**	.105**	.287**	.291**		
10. F. cognitivo	.302**	-.383**	-.376**	-.412**	.154**	.050	.254**	.274**	.489**	
11. F. social	.337**	-.301**	.297**	-.332**	.110**	.063*	.376**	.406**	.378**	.334**

$p<.05^*$

$p<.001^{**}$

Efetuuou-se também as correlações entre as dimensões já referidas e o grupo de alunos saudáveis (Tabela 5). Salientamos as correlações positivas e estatisticamente

significativas, mais fortes entre: funcionamento emocional e Saúde Geral ($r=.45$, $p<.001$), funcionamento cognitivo e funcionamento emocional ($r=.49$, $p<.001$) e, funcionamento social e funcionamento de papéis ($r=.41$, $p<.001$).

Quanto às correlações negativas e estatisticamente significativas retiramos os resultados mais relevantes entre: funcionamento emocional e EADH_A ($r=.54$, $p<.001$) e, funcionamento emocional e PHQ-9 ($r=.55$, $p<.001$).

Tabela 5

Coefficientes de correlação de pearson entre os totais das escalas em estudo e o grupo de alunos “saudáveis”.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Saúde Geral										
2. EADH_A	-.442**									
3. EADH_D	-.486**	.642**								
4. PHQ-9	-.445**	.608**	.587**							
5. Cresc. Pessoal	.201**	-.268**	-.354**	-.335**						
6. Espiritualidade	.155**	-.193**	-.284**	-.205**	.227**					
7. F. físico	.302**	-.284**	-.265**	-.312**	.156**	.082**				
8. F. papéis	.319**	-.224**	-.221**	-.279**	.102**	.057	.386**			
9. F. emocional	.446**	-.539**	-.437**	-.547**	.172**	.105**	.287**	.291**		
10. F. cognitivo	.302**	-.383**	-.376**	-.412**	.154**	.050	.254**	.274**	.489**	
11. F. social	.337**	-.301**	.297**	-.332**	.110**	.063*	.376**	.406**	.378**	.334**

$p<.05$ *

$p<.001$ **

Podemos observar através da análise da tabela 6 que apenas a variável funcionamento social apresenta resultados estatisticamente significativos entre os grupos ($Z=-4.56$, $p<.001$). Através da análise da diferença entre as ordens médias, os resultados encontrados vão no sentido de maiores níveis de funcionamento social para o grupo de alunos saudáveis em comparação com o grupo de alunos com cancro. Para as restantes variáveis não se registam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6

Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo às variáveis em estudo no grupo de alunos saudáveis e o grupo de alunos com doença oncológica.

	Grupo “saudáveis” (Ordem média)	Grupo doentes oncológicos (Ordem média)	Z
Saúde Geral	619.01	618.74	-.01
EADH_A	604.49	620.63	-.28
EADH_D	608.24	583.86	-.42
PHQ-9	613.43	582.69	-.52
Cresc. Pessoal	609.57	590.28	-.33
Espiritualidade	611.98	738.78	-.2.21
F. físico	618.97	556.62	-1.21
F. papéis	618.69	612.56	-.16
F. emocional	610.96	644.53	-.58
F. cognitiva	617.38	526.82	-1.78
F. social	617.61	441.74	-4.56***

p<.001***

Através da análise da tabela 7, e tomando como variável critério a sintomatologia ansiosa no grupo de alunos doentes oncológicos, considerámos o crescimento pessoal. Os resultados da análise de regressão linear simples indicam que o crescimento pessoal é uma variável preditora estatisticamente significativa da sintomatologia ansiosa no grupo de alunos doentes oncológicos. A percentagem de variância explicada por esta variável é de 18%.

Tabela 7

Regressão linear simples para a predição da sintomatologia ansiosa (EADH_A) no grupo de alunos doentes oncológicos.

Variável	Beta (EP)	Beta Estandarizado	R ²	t	F
Cresc. Pessoal	-.24 (.08)	-.45**	.18	-2.90**	8.43**

modelo 1; p<.01**

Tendo como variável critério a sintomatologia depressiva no grupo de alunos doentes oncológicos, considerámos o crescimento pessoal. Os resultados da análise de

regressão linear simples indicam que o crescimento pessoal é uma variável preditora estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva no grupo de alunos doentes oncológicos. A percentagem de variância explicada por esta variável é de 36%, conforme pode ser verificado na tabela 8.

Tabela 8

Regressão linear simples para a predição da sintomatologia depressiva (EADH_D) no grupo de doentes oncológicos.

Variável	Beta (EP)	Beta Estandarizado	R ²	t	F
Cresc. Pessoal	-.22(.05)	-.62***	.36	-4.42***	19.62***

modelo 1; p<.001***

Adotando como variável critério a sintomatologia depressiva no grupo de alunos doentes oncológicos, considerámos a espiritualidade. Os resultados da análise de regressão linear simples indicam que a espiritualidade é uma variável preditora estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva no grupo de alunos doentes oncológicos. Através da tabela 9, podemos constatar que a percentagem de variância explicada por esta variável é de 24%.

Tabela 9

Regressão linear simples para a predição da sintomatologia depressiva (EADH_D) no grupo de doentes oncológicos.

Variável	Beta (EP)	Beta Estandarizado	R ²	t	F
Espiritualidade	-.08(.02)	-.51***	.24	-3.52***	12.40***

modelo 1; p=.001***

Discussão

Todos os AJA enfrentam desafios na sua transição da infância para a idade adulta. O desenvolvimento emocional, cognitivo e social, acaba por alterar a própria perceção que cada jovem faz de si, os seus estados emocionais, o seu pensamento e capacidade de

resolução de problemas, e também a sua interação seja com a família, com os pares e outros significativos (Evan & Zelter, 2006). O diagnóstico de cancro não pode ser visto como um acontecimento isolado na vida da pessoa, é necessário ser colocado num contexto entre outros fatores que ocorrem na vida do paciente. É assim fundamental perceber que a doença e o seu tratamento compreendem um conjunto de múltiplos *stressores*, que podem comprometer o bem-estar psicológico e o sucesso dos resultados terapêuticos (Lehto et al., 2008).

Como já foi referido, os AJA enquanto grupo oncológico situam-se entre o grupo pediátrico e o grupo de adultos, compreendendo assim uma faixa etária distinta, com características específicas, e que quando comparados com outros grupos clínicos aparece relativamente pouco estudado (Keegan et al., 2012). As pesquisas têm-se centrado em duas vertentes principais, uma delas refere-se à importância da parte fisiológica e biológica da doença, e a outra diz respeito ao impacto psicossocial que a mesma tem sobre os AJA. No entanto a maior parte da investigação tem-se focado nos correlatos biológicos da doença oncológica ou em estratégias para aumentar o envolvimento em ensaios clínicos específicos com estes pacientes, sendo prestada menos atenção ao impacto psicossocial associado a todo o processo de doença (Bellizzi et al., 2012).

Com este estudo procurámos perceber a prevalência desta patologia entre os jovens adultos portugueses estudantes do ensino superior e perceber se existem diferenças entre o nosso grupo de alunos com doença oncológica e o grupo de alunos saudáveis ao nível da QdV, ansiedade, depressão, crescimento pessoal e espiritualidade. Especificamente tivemos ainda como objetivo, verificar no grupo de alunos com doença oncológica, se as variáveis crescimento pessoal e espiritualidade são preditoras da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Nesta investigação a amostra de AJA com doença oncológica corresponde a 3.1% (n=39) do total dos nossos participantes. A prevalência de alunos com a patologia referida é relativamente baixa, corroborando o que é referido pela literatura, de que esta é uma patologia relativamente pouco comum entre os AJA (Abrams et al., 2007, Larsson et al., 2010, Fernandez et al., 2011). No entanto as estatísticas do *National Cancer Institute/Surveillance Epidemiology, and End Results*, indicam que desde a década de setenta do século passado até ao momento atual, a incidência do diagnóstico de cancro

entre os AJA tem vindo a crescer mais rapidamente, do que o mesmo entre pacientes mais novos e mais velhos (Zebrack, Mills & Weitzman, 2007).

No que respeita à comparação entre o grupo de jovens saudáveis e o grupo de doentes oncológicos na dimensão QdV, verificámos que em termos de saúde geral, funcionamento físico, funcionamento de papéis, funcionamento emocional e funcionamento cognitivo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Estes resultados vêm de encontro aos estudos de Eiser e colaboradores (2000), Langevel e colaboradores (2002) e Larsson e colaboradores (2010), em que não se verificaram diferenças entre pessoas diagnosticadas com cancro durante a adolescência e os respetivos grupos controlo no que diz respeito à QdV e ao funcionamento psicossocial.

Relativamente ao funcionamento social (parâmetro da QdV) encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em análise, especificando o grupo de alunos saudáveis apresenta melhores resultados nesta dimensão em comparação com o grupo de alunos com doença oncológica. Embora os estudos atrás mencionados reportem um bom funcionamento psicossocial dos AJA oncológicos, os estudos de revisão de Abrams et al. (2007), Evan e Zeltzer (2006), D'Agostino et al. (2011) e Zebrack (2011) indicam que o funcionamento social é um dos domínios mais afetado na vivência de doença pelos AJA. Esta perturbação na área social poderá relacionar-se com a importância colocada na necessidade de autonomia e independência, situações que possivelmente são afetadas devido às exigências associadas ao percurso da doença (Abrams et al., 2007). Para os AJA que se encontram em fase ativa de tratamento, a sua rotina diária e obrigações seja profissionais ou académicas acabam por ser afetadas pelas deslocações aos centros terapêuticos e efeitos imediatos das terapias (Evan & Zeltzer, 2006). A necessidade de estabelecer relacionamentos com os pares, de participar em acontecimentos com os colegas, desenvolver competências sociais e relacionamentos íntimos, são áreas do funcionamento social que podem assim ficar comprometidas devido ao isolamento e alienação que os AJA sobreviventes reportam como experiências vividas durante a doença (D'Agostino et al., 2011; Zebrack, 2011).

Atendendo aos resultados nos valores de ansiedade e depressão não se registam neste estudo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que compõem a nossa amostra. Em termos de literatura os estudos não são concordantes em relação a estes domínios. Por um lado, os estudos Osborne et al. (2004) e Larsson et al. (2010) que

encontraram resultados mais baixos ao nível da ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em comparação com os grupos controlo. No entanto, no estudo de Hinz et al. (2010) os AJA oncológicos tiveram valores de ansiedade e depressão mais elevados do que os AJA saudáveis, sendo que o mesmo não se verificou no grupo de pacientes mais velhos (em que não foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de pacientes e grupo de pessoas saudáveis).

Quanto ao domínio crescimento pessoal e espiritualidade não obtivemos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo. Estas não são áreas muito exploradas, mas algumas investigações sugerem que os AJA sobreviventes experienciam e reportam efeitos positivos como crescimento pessoal, perceção da experiência com alguns benefícios pessoais, maiores níveis de maturidade, e reorganização das prioridades e objetivos da vida, quando comparados com os jovens sem história de doença oncológica (Mattsson, Ringner, Ljungman, & Von Essen, 2007; Zebrack, 2009).

De uma forma geral, a comparação entre os grupos da nossa amostra apenas revelou um parâmetro estatisticamente significativo (funcionamento social). Estes resultados podem dever-se ao facto de o nosso grupo de doentes oncológicos ser relativamente pequeno, constituído na sua maioria por sobreviventes de cancro (n=28) e nenhum se encontrar na fase de diagnóstico. Os estudos indicam que o impacto psicossocial do cancro é mais severo na fase de diagnóstico (Wright, Marshall, Velikova, Smith & Selby, 2008). A fase inicial da doença é considerada a mais problemática, no entanto após a fase inicial de choque a maioria dos pacientes desenvolve estratégias ativas de coping e por conseguinte diminuição do distress com o evoluir do tempo (Annunziata et al., 2010). Acompanhando o percurso da doença nos AJA os valores de distress emocional (ansiedade e depressão) tendem a diminuir e os níveis de QdV parecem voltar ao normal (ou em alguns estudos a aumentar) na fase de sobrevivência (Larsson et al., 2010).

Outra justificação para os resultados encontrados pode associar-se ao facto da nossa amostra reportar um bom nível de satisfação com os seus relacionamentos sociais. Os estudos com os sobreviventes de cancro referem que receber suporte positivo e uma boa rede de relacionamentos sociais, promove a diminuição da ansiedade e do isolamento, ajuda os AJA a encontrarem novos objetivos de vida, promove o aumento da esperança no futuro, registando-se um alívio da dor e sofrimento associado ao percurso da doença, e melhoria dos níveis da QdV (Zebrack, Chesler & Kaplan, 2010; Keegan et al., 2012).

Tendo em conta a análise dos resultados sobre a capacidade preditora do crescimento pessoal e da espiritualidade nos níveis de sintomatologia psicopatológica no grupo de alunos com doença oncológica, verificámos que o crescimento pessoal demonstrou ser uma variável preditora tanto da sintomatologia ansiosa, como da depressiva, e a espiritualidade revelou ser uma variável preditora da sintomatologia depressiva. Embora não haja muita literatura sobre a relação entre o crescimento pessoal/espiritualidade e a psicopatologia em doentes oncológicos, verifica-se que a vivência de uma doença como o cancro numa fase tão exigente da vida, como é a juventude, pode levar os AJA a experimentarem maior maturidade, um aumento no desenvolvimento emocional e maior apreciação pelo valor da vida (Mattsson et al., 2007). As experiências referidas podem associar-se a maiores níveis de QdV, e menores valores de distress emocional nos sobreviventes de cancro, em comparação com os jovens que não passaram por esse acontecimento (Larsson et al., 2010).

Torna-se assim fundamental desenvolver mais investigação, com o propósito de identificar as necessidades dos cuidados de saúde dos pacientes com cancro requerendo uma avaliação dos contextos biológicos e psicossociais em que o cancro foi diagnosticado e tratado (Zebrack, Bleyer, Albritton, Medearis & Tang, 2006). Existe uma necessidade crescente de se desenvolverem recomendações e diretrizes específicas para esta população, que incluem de uma forma geral a identificação das características que distinguem os fatores únicos do cancro nos pacientes AJA, e a criação de instrumentos para estudar a doença oncológica atendendo as necessidades e particularidades específicas desta população (Bellizzi et al., 2012). Caracterizando a intervenção e as recomendações específicas para esta população deve-se ter em conta diferentes fases e objetivos de trabalho, desde a prevenção de comportamentos de risco, à intervenção ao longo do percurso de doença.

Os anos de sobrevivência que esperam os pacientes AJA são bastantes (quando comparados com os pacientes oncológicos mais velhos) tornando-se em sobreviventes de longo-termo, dessa forma é necessário ter-se em conta o potencial impacto a longo-prazo em termos económicos, e a promoção de comportamentos de saúde que vão beneficiar o aumento da duração e qualidade da sobrevivência (Thomas, MacCallum, Albritton & Ferrari, 2010).

Enquanto doentes oncológicos, os AJA tendem a apresentar um estágio de doença mais avançado do que os pacientes mais velhos, o que pode comprometer o sucesso das terapias. Esta situação pode estar relacionada com características sociais e desenvolvimentais próprias desta idade (e.g., sentimentos de invencibilidade e a falta de preocupação com o risco de cancro), a falta de rotinas de exames clínicos e cuidados de saúde (Bleyer, 2007; Keegan et al., 2012). Torna-se portanto essencial a sensibilização entre os jovens para esta problemática e para a promoção de saúde neste contexto.

Deve ser um objetivo das investigações psicossociais, o conhecimento da importância que os pacientes atribuem aos diferentes domínios da QdV durante o percurso da doença (Rustøen, Wahl & Burchardt, 2000). A avaliação do impacto do cancro nas atividades académicas e profissionais, e a capacidade dos AJA viverem independentes é importante para facilitar o ajustamento durante a fase mais aguda da terapia e o acesso aos serviços de suporte psicossocial (Nathan et al., 2011). Os serviços de apoio devem incluir informação específica e recursos educacionais, aconselhamento sobre questões de fertilidade e sexualidade, programas para maximizar o funcionamento académico e vocacional, e suporte financeiro (D'Agostino et al., 2011).

Assim sendo, os AJA diagnosticados com uma doença oncológica devem ser capazes de continuar o seu desenvolvimento enquanto aprendem a lidar com o impacto psicossocial do diagnóstico, dos tratamentos e dos efeitos secundários (emocionais, sociais e físicos característicos deste processo) (Evan & Zeltzer, 2006).

Nesta investigação tivemos como propósito fazer uma revisão dos estudos sobre a doença oncológica nos AJA, e posteriormente perceber a prevalência da doença e o impacto da mesma nos jovens adultos portugueses do ensino superior que constituem a nossa amostra. A população de AJA é reconhecida como um grupo de doentes oncológicos cujas necessidades psicossociais foram menos estudadas e reconhecidas, e consequentemente não tem sido possível fornecer um apoio específico às necessidades deste grupo. Investigações como esta devem ser incentivadas, de forma a podermos conhecer especificamente as necessidades e a adaptação psicossocial dos nossos jovens com doença oncológica, contribuindo para a construção e implementação de diretrizes próprias para a intervenção com esta população.

De referir que este estudo contou com uma amostra de doentes oncológicos pequena, e constituída em grande parte por jovens em fase de sobrevivência. Será

pertinente desenvolver investigações em instituições oncológicas, onde existirá a possibilidade de recolher amostras de maiores dimensões e constituídas por participantes nas várias fases da doença. Assim seria possível perceber de que forma as diferentes etapas da doença atuam no funcionamento psicossocial dos jovens adultos doentes oncológicos. Também parece ser importante avaliar com os jovens as áreas e domínios mais afetados durante o percurso de doença, perceber as necessidades de suporte específicas, que variam também dependendo da fase da doença em que se encontram. De forma a implementar um conjunto de diretrizes específicas para os AJA, é ainda determinante a construção e validação de instrumentos de avaliação específicos para esta população, que permitam conhecer as áreas mais afetadas, as necessidades de intervenção e os recursos que os AJA já possuem (estratégias de coping, suporte social e familiar) e que são fundamentais para a intervenção.

Referências

- Abrams, A. N., Hazen, E. P., & Penson, R. T. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 33, 622-630.
doi:10.1016/j.ctrv.2006.12.006
- Albritton, K. H., Barr, R. D., Lewis, I. J., & Sender, L. S. (2011). Trailblazers in Adolescent and Young Adult Oncology. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 1(1), 13-18. doi:10.1089/jayao.2011.1500
- Almeida, A. D. L. (2007). *Impacto da Intervenção Psicoeducativa: o acidente vascular cerebral e cancro*. Tese de Doutoramento. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro.
- Annunziata, M. A., Muzzatti, B., & Bidoli, E. (2010). Psychological distress and needs of cancer patients: a prospective comparison between the diagnostic and the therapeutic phase. *Support Care Cancer*, 19, 291-295. doi:10.1007/s00520-010-0818-9
- Barr, R. D. (2011). Adolescents, Young Adults, and Cancer – The International Challenge. *Cancer*. doi:10.1002/cncr.26052

- Barros, H., & Lunet, N. (2006). Cancro Uma Perspectiva de Saúde Pública, *Arquivos de Medicina*, 20(1/2), 31-36.
- Bellizzi, K. M., Smith, A., Schmidt, S., Keegan, T. H. M., Zebrack, B., Lynch, C. F., Deapen, D., Shnorhavorian, M., Tompkins, B. J., Simon, M., & Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience (AYA HOPE) Study Collaborative Group (2012). Positive and Negative Psychosocial Impact of Being Diagnosed With Cancer as an Adolescent or Young Adult, *Cancer*. doi:10.1002/cncr.27512
- Bleyer, A. (2007). Young Adult Oncology: the patients and their survival challenges. *Cancer Journal for Clinicians*, 57, 242-255.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Quintais, L., Carona, C., & Paredes, T. (2009). Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) in Portugal. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124. doi:10.1007/s12529-008-9024-2
- D'Agostino, M., Penney, A., & Zebrack, B. (2011). Providing developmentally appropriate psychosocial care to adolescent and young adult cancer survivor. *Wiley InterScience*, 2329-2334. doi:10.1002/cncr.26043
- Dias, G. F., & Fontaine, A. M. (1996). Tarefas Desenvolvimentais e Bem-Estar dos Jovens: Algumas Implicações para o Aconselhamento Psicológico. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 103-114.
- Dias, M. R. (2002). Cancro da mama: a (contra) informação dos *Mass Media*?. In Climepsi Editores (1ª Ed.) *Territórios da Psicologia Oncológica* (235-263). Lisboa.
- Diniz, A. M., & Almeida, L. S. (2006). Adaptação à Universidade em estudantes do primeiro ano: Estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 1(14), 29-38.
- Domingues, V., & Albuquerque, E. (2008). Cancro do Pulmão: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(2), 261-267.
- Eiser C., Hill J.J., & Vance Y. H. (2000). Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology. *Journal Pediatric Psychology*, 25(6), 449-460. doi:10.1093/jpepsy/25.6.449

- Ettinger, R. S., & Heiney, S. P. (1992). Cancer in Adolescents and Young Adults. *Cancer Supplement*, 71(10), 1-5.
- Evan, E. E., & Zeltzer, L. K. (2006). Psychosocial Dimensions of Cancer in Adolescents and Young Adults, *Wiley InterScience*, 1663-1671. doi: 10.1002/cncr.22107
- Fernandez, C., Fraser, G. A. M., Freeman, C., Grunfeld, E., Gupta, A., Mery, L. S., Pauw, S., Schacter, B., & Canadian Task Force on Adolescents and Young Adults with Cancer (2011). Principles and recommendations for the provision of healthcare in Canada to adolescent and young adult-aged cancer patients and survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 1(1) 53-59. doi:10.1089/jayao.2010.0008
- Ferrari, A., Thomas, D., Franklin, A. R. K., Hayes-lattin, B. M., Mascarin, M., Graaf, W. V. D., & Albritton, K. H. (2010). Starting an Adolescent and Young Adult Program: Some Success Stories and Some Obstacles to Overcome. *American Society of Clinical Oncology*, 28(32), 4850-4857. doi:10.1200/JCO.2009.23.8097
- Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J. P., Höckel, M., Kortmann, R. D., Stolzenburg, J. U., & Schwarz, R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of Cancer Care*, 19, 522-529. doi:10.1111/j.1365-2354.2009.01088.x
- Hooke, M. C., Macpherson, C. F., & Freyer, D. R. (2011). Adolescents and Young Adults With Cancer: Recognizing and Responding to the Challenges, *Pediatric NNPA*, 2(1), 29-32. Retirado de: <http://issuu.com/pediatricnppa/docs/feb2011issue?viewMode=magazine&mode=embed>
- Keegan, T. H. M., Lichtensztajn, D. Y., Kato, I., Kent, E. E., Wu, X., West, M. M., Hamilton, A. S., Zebrack, B., Bellizzi, K. M., Smith, A. W., & AYA HOPE Study Collaborative Group (2012). Unmet adolescent and young adult cancer survivors information and service needs: a population-based cancer registry study. *Journal of Cancer Survivorship*. doi:10.1007/s11764-012-0219-9
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Langeveld, N. E., Stam, H., Grootenhuys, M. A., & Last, B. F. (2002). Quality of life and current coping in young adult survivors of childhood cancer. *Supportive Care in Cancer*, 10(8), 579-600. doi:10.1007/s00520-002-0388-6

- Larsson, G., Mattsson, E., & Essen, L. V. (2010). Aspects of quality of life, anxiety, and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: A long-term follow-up study. *European Journal of Cancer*, 46, 1062-1068.
doi:10.1016/j.ejca.2010.01.021
- Lehto, U., Ojanen, M., Väkevä, A., Aromaa, A., & Kellolumpu-Lehitinen, P. (2008). Noncancer life stresses in newly diagnosed cancer. *Supportive Care in Cancer*, 16, 1231-1241. doi:10.1007/s00520-008-0410-8
- Mattsson, E., Ringner A., Ljungman G., & Von Essen, L. (2007). Positive and negative consequences with regard to cancer during adolescence. *Psychooncology*, 16(11), 1003-1019.
- Nathan, P. C., Hayes-Lattin, B., Sisler, J. J. & Hudson, M. (2011). Critical Issues in transition and survivorship for adolescents and young adults with cancer. *Wiley InterScience*, 2335-2341. doi: 10.1002/cncr.26042.
- Novo, R. (2000). *Para Além da Eudaimonia – o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa.
- Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Sprangers, M. A. G., Oor, F. J., & Hopper, J. L. (2004). The value of hospital anxiety and depression scale (HADS) for comparing women with early onset of breast cancer with population-based reference women. *Quality of Life Research*, 13, 191-204.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
doi:10.1080/13548500500524088
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLQ-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M. J., Rijo, D., Gameiro, S., & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87.

- Pinquart, M., & Fröhlich, C. (2009). Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology & Health*, 24(4), 407-421.
doi:10.1080/08870440701717009
- Rustøen, T., Wahl, A., & Burchardt, C. (2000). Changes in the importance of quality of life domains after cancer diagnosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(4), 224-231.
- Seitz, D. C. M., Besier, T., & Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18, 683-690. doi:10.1002/pon.1473
- Shama, W., & Lucchetta, S. (2007). Psychosocial issues of the adolescent cancer patient and the development of the teenage outreach program (TOP). *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(3). doi:10.1300/J077v25n03_06
- Thomas, D. M., Seymour, J. F., O'Brien, T., Sawyer, S. M., & Ashley, D. M. (2006). Adolescent and young adult cancer: a revolution in evolution?. *Internal Medicine Journal*, 36, 302-307. doi:10.1111/j.1445-5994.2006.01062.x
- Thomas, D., MacCallum, P., Albritton, K. H., & Ferrari, A. (2010). Adolescent and Young Adult Oncology: an emerging field. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4781-4782. doi:10.1200/JCO.2010.30.5128
- Trill, M. D. (2002). La formación en Psico-Oncología. In Climepsi Editores (1ª Ed.) *Territórios da Psicologia Oncológica* (381-398). Lisboa.
- Trill, M. D. (2002a) Cultura y Cáncer. In Climepsi Editores (1ª Ed.) *Territórios da Psicologia Oncológica* (639-651). Lisboa.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Wright, P., Marshall, L., Smith, A. B., Velikova, G., & Selby, P. (2008). Measurement and interpretation of social distress using the social difficulties inventory (SDI). *European Journal of Cancer*, 44, 1529-1535. doi:10.1016/j.ejca.2008.04.011
- Zebrack, B., Bleyer, A., Albritton, K., Medearis, S., & Tang, J. (2006). Assessing the Health Care Needs of Adolescent and Young Adult Cancer Patients and Survivors. *Wiley InterScience*. doi:10.1002/cncr.22338

- Zebrack, B., Mills, J., & Weitzman, T. S. (2007). Health and supportive care needs of young adult cancer patients and survivors. *Journal Cancer Survivor, 1*, 137-145. doi:10.1007/s11764-007-0015-0
- Zebrack, B. (2009). Developing a new instrument to assess the impact of cancer in young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivors, 3*, 174-180. doi:10.1007/s11764-009-0087-0.
- Zebrack, B., Chesler, M. A., & Kaplan, S. (2010). To foster healing among adolescents and young adults with cancer: What helps? What hurts? *Supportive Care in Cancer, 18*, 131-135. doi:10.1007/s00520-009-0719-y
- Zebrack, B. J. (2011). Psychological, Social, and Behavioral Issues for Young Adults With Cancer, *Workshop on Adolescents and Young Adults with Cancer: Towards Better Outcomes in Canada, Supplement to Cancer, 2289-2294*. doi: 10.1002/cncr.26056

Anexo
(Protocolo de Avaliação)

Questionário Sociodemográfico

Idade: ____ Sexo: ☐ M ☐ F

Estado Civil:

Solteiro(a)	
Casado(a)	
União de Facto	
Divorciado(a) ou Separado(a)	
Viúvo	

Instituição de ensino que frequenta: _____ Curso: _____ Ano: ____
Ciclo de estudos:

1º Ciclo (Licenciatura)	
2º Ciclo (Mestrado)	
3º Ciclo (Doutoramento)	
Pós-Graduação	

Professa alguma religião: _____

Grau de crença na sua religião (1 muito pouco – 5 muitíssimo): ____

Encontra-se satisfeito com a sua imagem corporal: ☐ Sim ☐ Não

Grau de satisfação com a sua imagem corporal (1 muito pouco – 5 muitíssimo): ____

Com quem reside:

Pais	
Colegas	
Companheiro(a)	
Outros	

Qual o grau de satisfação que considera ter com os seus relacionamentos sociais (amigos/colegas/...)? (1 muito pouco – 5 muitíssimo): ____

Tem algum familiar próximo que teve ou tem cancro? ☐ Sim ☐ Não

Tem ou já teve cancro? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, onde é que o cancro estava ou está localizado? _____

Em que fase da doença é que se encontra?

☐ Diagnóstico ☐ Tratamento ☐ Recaída ☐ Sobrevivência

Data de Diagnóstico do cancro: ____ / ____ / ____

Que tratamentos já realizou?

Quimioterapia	
Radioterapia	
Cirurgia	
Outro. Qual?	

Que tratamentos ainda estão previstos realizar?

Quimioterapia	
Radioterapia	
Cirurgia	
Outro. Qual?	
Nenhum	

Tem ou teve apoio psicológico devido aos problemas relacionados com o cancro?

☐ Sim ☐ Não

EORTC QOL-C30 (versão 3)

(European Organization for Research and Treatment of Cancer)

Gostaria de saber alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo(a), por favor, a todas as perguntas assinalando o número que melhor se aplica ao seu caso.

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o(a) ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Um	Bastante	Muito
--	-----	----	----------	-------

	pouco			
6. Sentiu-se limitado(a) no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado(a) na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco(a)?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado(a)?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso(a)?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido(a)?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem assinale o número, entre 1 a 7, que melhor se aplica ao seu caso:

29. Como classificaria a sua <u>saúde</u> em geral durante a última semana?						
1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima
30. Como classificaria a sua <u>qualidade de vida</u> global durante a última semana?						
1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

(HADS: Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, 2007)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Peço-lhe que leia cada uma das perguntas e selecione a opção que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a dar uma resposta. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a):
<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a):
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a):
<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca

8.	Sinto-me mais lento(a,) como se fizesse as coisas mais devagar:
<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	
9.	Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre	
10.	Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:
<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre	
11.	Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a):
<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada	
12.	Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca	
13.	De repente, tenho sensações de pânico:
<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	
14.	Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca	

Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9

(Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; versão de investigação: Torres, Pereira, Monteiro
& Albuquerque, 2011)

A. Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

	Nunca	Vários Dias	A maioria dos dias	Quase todos os dias
1.Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.	1	2	3	4
2.Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.	1	2	3	4
3.Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.	1	2	3	4
4.Sentir-se cansado ou ter pouca energia.	1	2	3	4
5.Diminuição ou aumento de apetite.	1	2	3	4
6.Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.	1	2	3	4
7.Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão.	1	2	3	4
8.Mexer-se ou falar tão devagar que outras já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual.	1	2	3	4
9.Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.	1	2	3	<input type="checkbox"/>

B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima, responda por favor à seguinte questão:

Qual é a <u>dificuldade</u> que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?			
Nenhuma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Muita Dificuldade	Extrema Dificuldade
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico

(Ryff, 1989; versão portuguesa: Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997)

1	2	3	4	5	6
Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo Parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente

1. Não estou interessado(a) em atividades que alarguem os meus horizontes.	1	2	3	4	5	6
2. Em geral, sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa.	1	2	3	4	5	6
3. Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.	1	2	3	4	5	6
4. Não quero tentar novas formas de fazer as coisas; a minha vida está bem tal como está.	1	2	3	4	5	6
5. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	1	2	3	4	5	6
6. Quando penso em mim, vejo que realmente não tenho melhorado muito como pessoa ao longo dos anos.	1	2	3	4	5	6
7. Na minha opinião, as pessoas são capazes de continuar a evoluir e a desenvolver-se em qualquer idade.	1	2	3	4	5	6
8. Com o passar do tempo, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa.	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10. Não gosto de estar em situações novas que exijam que mude o meu modo habitual de fazer as coisas.	1	2	3	4	5	6
11. Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento.	1	2	3	4	5	6
12. Reconheço com agrado que as minhas opiniões têm mudado e amadurecido ao longo dos anos.	1	2	3	4	5	6
13. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	1	2	3	4	5	6
14. É bem verdade o ditado popular que diz “burro velho não aprende línguas”.	1	2	3	4	5	6

Sub-escala de Espiritualidade do WHOQOL-100

(WHOQOL-SRPB Group 2006)

As perguntas que se seguem referem-se às suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais, e a forma como eles afetam a sua qualidade de vida. Estas perguntas referem-se à religião, espiritualidade e quaisquer outras crenças que possa ter. Estas perguntas referem-se às duas últimas semanas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada

1. As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

2. Em que medida sente a sua vida tem sentido?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

3. Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão força para enfrentar as dificuldades?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4. Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais o(a) ajudam a compreender as dificuldades da vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Muito obrigada pela colaboração!

Rita Morgadinho

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade de Aveiro